

# Formation de l'ARFMPP: la supervision

J.-P. Bussien



Le thème de la 6<sup>e</sup> journée de formation en médecine psychosomatique et psychosociale de la 3<sup>e</sup> volée tenue à Cartigny (Genève), le 7 décembre 2002, était la *supervision*.

Les participants à cette formation sont, pour la plupart, des médecins romands de premier recours, pratiquant en cabinet privé.

La supervision fait partie intégrante de la formation. Les questions: pourquoi? comment? et qui? ont alimenté la discussion dans un atelier d'une dizaine de participants, animé par le Dr Widmer.

## Pourquoi? Qu'est-ce que la supervision, quelle utilité, quels objectifs?

C'est une *observation* (regard extérieur, mise à distance) de la relation du médecin avec son patient, qui permet d'identifier les enjeux relationnels (attitudes, contre-attitudes). C'est une *aide*, une critique de ce qui nous dérange, nous émotionne dans nos relations thérapeutiques. C'est également un *espace*, une aération qui nous fait du bien.

3 objectifs de la supervision peuvent ainsi être formulés:

- améliorer la relation à nos patients
- améliorer notre économie psychique
- pratiquer la supervision dans un esprit de non-jugement

Est-ce que la supervision est une psychothérapie? Ce n'est certainement pas une psychothérapie, ni du médecin, ni du patient. On pourrait qualifier la supervision de psychothérapie de la relation souffrante entre le médecin et son malade.

## Comment? Quels sont le(s) contenu(s), les formes de supervision?

Les situations où la relation est difficile font la substance et le contenu des supervisions:

- situation de crise
- la consultation où on se sent impuissant, mis en échec

- les consultations qui nous angoissent, qui n'évoluent pas
- les patients chronophages et envahissants
- les patients agressifs ou revendicateurs
- les patients qui émargent au cadre thérapeutique

Y a-t-il une différence entre supervision individuelle ou en groupe? *En groupe*, la supervision amène la diversité des perceptions de chacun. Elle permet une forme de solidarité, de consolation, mais où le focus risque d'être plus le patient que le médecin. Le modèle ici reste le groupe Balint. Le cercle vidéo («Vi-deokränzli») amène le support visuel en plus, permettant une analyse fine mais ponctuelle de nos attitudes de médecin pendant la consultation. *Individuellement*, la rencontre avec un alter ego permettra peut-être plus d'intimité, plus de focus sur nos propres attitudes. Le facteur *temps* semble également jouer un rôle important: la supervision s'inscrit dans la durée, durée d'une séance, répétitions des séances.

## Qui? Qui est(ont) le(les) superviseur(s)?

De prime abord, on imagine que le superviseur / la superviseuse est quelqu'un qui a de l'expérience et exerce le même métier que nous, mais avec la fonction de superviseur. Actuellement, ces derniers sont, pour la plupart, des psychiatres intéressés à la médecine de premier recours. Ce sont souvent des pys qui ont fonctionné en psychiatrie de liaison. Ce ne devrait pas être un supérieur hiérarchique (institution).

Est-ce que nos collègues, nos conjoints pourraient être nos superviseurs?

Il semble que la supervision implique une formation spécifique que n'ont ni nos collègues, ni nos conjoints. Dans ces cas-là, serait-ce plutôt du coaching? un moment dépositaire?

Qui est formé aux enjeux spécifiques de la relation soignant-soigné?

*En résumé*, individuellement ou en groupe, pratiquée dans un esprit de non jugement, la supervision apparaît comme un exercice de dialogue avec soi-même, dans notre fonction de médecin. Elle vise une meilleure relation à nos patients et notre économie psychique.